

**ELIAS TRANSPORTES RAPIDOS**RUA SEVILHA,202  
SAN REMO - 33836-310 - RIBEIRAO DAS NEVES - MG  
Fone/Fax: (319) 7589-9098

CNPJ/CPF: 11.095.658/0001-40 Insc.Estadual: 0013712160020

**DACTE**  
Documento Auxiliar do Conhecimento  
de Transporte Eletrônico**MODAL**  
**Rodoviário**

MODELO	SÉRIE	NÚMERO	FL	DATA E HORA DE EMISSÃO	INSC. SUFRAMA DO DESTINATÁRIO
57	1	340	1/1	13/09/2017 14:47:49	



CHAVE DE ACESSO
31.1709.11.095.658/0001-40-57-001-000.000.340-109.835.783-8

Consulta de autenticidade no portal nacional do CT-e, no site da Sefaz Autorizadora, ou em <a href="http://www.cte.fazenda.gov.br">http://www.cte.fazenda.gov.br</a>
---

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131170001227728 - 13/09/2017 14:50:54

INÍCIO DA PRESTAÇÃO RIBEIRAO DAS NEVES - MG	TÉRMINO DA PRESTAÇÃO BELO HORIZONTE - MG
--	---

REMETENTE ENDEREÇO CT-E EMITIDO EM AMBIENTE DE HOMOLOGACAO - SEM VALOR FISCAL RUA O ATENEU,144 CONJUNTO ADEMAR MALDONADO (BARREIRO)	DESTINATÁRIO ENDEREÇO CT-E EMITIDO EM AMBIENTE DE HOMOLOGACAO - SEM VALOR FISCAL RUA PRINCESA ELIZABETH,060 CAICARA
MUNICÍPIO BELO HORIZONTE - MG	MUNICÍPIO BELO HORIZONTE - MG
CNPJ/CPF 098.357.836-24	CNPJ/CPF 09.204.054/0001-43
PAÍS BRASIL	PAÍS BRASIL
CEP 30640-780	CEP 30775-220
INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 0010526120088
FONE (319) 8779-6794	FONE (319) 8779-6794

EXPEDIDOR ENDEREÇO CT-E EMITIDO EM AMBIENTE DE HOMOLOGACAO - SEM VALOR FISCAL RUA SEVILHA, 202 SAN REMO	RECEBEDOR ENDEREÇO CT-E EMITIDO EM AMBIENTE DE HOMOLOGACAO - SEM VALOR FISCAL RUA O ATENEU, 144 CONJUNTO ADEMAR MALDONADO (BARREIRO)
MUNICÍPIO RIBEIRAO DAS NEVES - MG	MUNICÍPIO BELO HORIZONTE - MG
CNPJ/CPF 11.095.658/0001-40	CNPJ/CPF 098.357.836-24
PAÍS BRASIL	PAÍS BRASIL
CEP 33836-310	CEP 30640-780
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0013712160020	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
FONE (319) 7589-9098	FONE (319) 8779-6794

TOMADOR DO SERVIÇO ENDEREÇO CT-E EMITIDO EM AMBIENTE DE HOMOLOGACAO - SEM VALOR FISCAL RUA O ATENEU,144 - CONJUNTO ADEMAR MALDONADO (BARREIRO)	MUNICÍPIO BELO HORIZONTE	UF MG	CEP 30640-780
CNPJ/CPF 098.357.836-24	PAÍS BRASIL	FONE (319) 8779-6794	

PRODUTO PREDOMINANTE ELETRONICOS	OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA CARGA TESTE	VALOR TOTAL DA MERCADORIA 4.423,23
-------------------------------------	--	---------------------------------------

TP MED / UN. MED PESO BRUTO 324.220 KG	TP MED / UN. MED PESO CUBADO 36.000 KG	TP MED / UN. MED VOLUMES 10.000 UN	CUBAGEM(M3)	QTDE(VOL)	NOME DA SEGURADORA RESPONSÁVEL Tomador	SEGURADORA	NÚMERO DA APOLICE NUMERO DA APOLICE	NÚMERO DA AVERBAÇÃO
--	--	--	-------------	-----------	--	------------	--	---------------------

COMPONENTES DO VALOR DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO				VALOR TOTAL DO SERVIÇO	
NOME DESCONTO	VALOR 3,21	NOME TAXA EXTRA	VALOR 1,23	NOME FRETE PESO	VALOR 136,90
				VALOR A RECEBER	
				135,50	

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO IMPOSTO				
SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA 90 - ICMS outros	BASE DE CALCULO 135,50	ALÍQ ICMS 5,25	VALOR ICMS 7,11	% RED. BC ICMS

## DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS

TIPO DOC 04	CNPJ/CHAVE/OBS 098.357.836-24	SÉRIE/NRO. DOCUMENTO 1/23423	TIPO DOC	CNPJ/CHAVE/OBS	SÉRIE/NRO. DOCUMENTO
----------------	----------------------------------	---------------------------------	----------	----------------	----------------------

# SEM VALOR FISCAL

## AMBIENTE DE HOMOLOGAÇÃO

## DADOS ESPECÍFICOS DO MODAL RODOVIÁRIO - LOTAÇÃO

RNTRC DA EMPRESA 10167059	CIOT	LOTAÇÃO Sim	DATA PREVISTA DE ENTREGA 21/09/2017	ESTE CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ATENDE À LEGISLAÇÃO DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO EM VIGOR
------------------------------	------	----------------	--	--

IDENTIFICAÇÃO DO CONJUNTO TRANSPORTADOR			INFORMAÇÕES REFERENTES AO VALE PEDÁGIO		
TIPO Tração	PLACA OQS3150	UF MG	RNTRC	CNPJ FORNECEDOR	
				NUMERO COMPROVANTE	
				CNPJ RESPONSÁVEL	
NOME DO MOTORISTA ELIAS EDUARDO ROSA		CPF MOTORISTA 037.002.766-30		IDENTIFICAÇÃO DOS LACRES EM TRANSITO	

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E o valor aproximado de tributos incidentes sobre o preço deste serviço é de R\$7,11	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE			
NOME	TÉRMINO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA		CT-E
RG	INÍCIO DA PRESTAÇÃO - DATA/HORA		Nº. DOCUMENTO 340
ASSINATURA / CARIMBO			SÉRIE 1